

SPÉCIFICITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

L'ALR tronculaire dentaire et de la face constitue une bonne alternative à l'AG, en particulier lorsque le patient n'est pas « à jeun », ou en cas de terrain fragilisé (patient âgé ou insuffisant respiratoire). Elle permet également de supplanter l'infiltration locale de volumes et de doses excessives d'anesthésiques locaux, en particulier pour des sutures importantes. Le choix des blocs est fonction de l'indication mais aussi des compétences de l'opérateur. Certains blocs sont simples, n'entraînant que peu d'échecs ou d'incidents (nerf infra-orbitaire, nerf mentonnier). D'autres sont plus difficiles à réaliser, avec des échecs plus fréquents et des accidents parfois sévères (bloc mandibulaire)².

Références bibliographiques

- 1 Navez M, Mollieux S, Auboyer C. Les blocs de la face. In : Conférences d'actualisation. 39^e Congrès National d'anesthésie et de réanimation. Paris: Elsevier; 1997. p. 237-49 ; SFAR Editor.
- 2 Pascal J. Anesthésie loco-régionale de la face. www.alrf.asso.fr
- 3 Tarsia V, Singer AJ, Cassara GA, Hein MT. Percutaneous regional compared with local anaesthesia for facial lacerations: a randomised controlled trial. Emerg Med J. 2005 ; 22 : 37-49.
- 4 Aubrun F, Marmion F. Douleur et chirurgie dentaire. Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 2005 ; 9 : 423- 30.
- 5 Sfar. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation, dans le cadre des urgences : Conférence d'expert. In : la collection de la Sfar. Paris, Elsevier, 2004.

ANESTHÉSIE LOCO-RÉGIONALE MAXILLO-FACIALE ET DENTAIRE*

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon - Axel Ellrodt - Pierre-Yves Gueugniaud - Bruno Garrigue
 RÉDACTEURS : Frédéric Aubrun - Axel Ellrodt - Sandrine Essouri - Marc Freysz - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Anne Le Berre - Elisabeth Menthonnex - Agnès Ricard-Hibon - Christine Vitoux - Chantal Wood

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

La douleur maxillo-faciale est très variable, pouvant être modérée à sévère. Elle dépend de la profondeur, de l'étendue et du type de lésions mais également du contexte (agression, terrain...).

PATIENT

Avant de réaliser une ALR, une bonne connaissance de l'anatomie de la région est nécessaire. Il faut s'assurer de l'absence de contre-indications : refus du patient ou troubles du comportement, souillure ou délabrement du point de ponction ou état septique sévère, atteinte neurologique du territoire à anesthésier, troubles de l'hémostase, contre-indication aux anesthésiques locaux. Le rapport bénéfices/risques doit être évalué à tout moment.

DEVENIR DU PATIENT

A la sortie du service d'Urgences

TRAITEMENT ANTALGIQUE SELON L'ORIENTATION DU PATIENT

(Service spécialisé, hospitalisation, domicile...)

La **durée du bloc** est le plus souvent de quelques heures. Le relais per os avec un antalgique non morphinique ou morphinique faible doit être anticipé dès les prémisses de la levée du bloc. Les agents antalgiques doivent être pris régulièrement et à heure fixe afin de réduire les risques de rebond douloureux lors de la levée complète du bloc.

Ordonnance de sortie

Exemple : paracétamol codéiné (1 à 2 cp jusqu'à 3 fois par jour) ou dextropropoxyphène + paracétamol, 1 à 2 gélules 3 fois par jour ou association de 37,5 mg de tramadol et 325 mg de paracétamol (1 à 2 cp 3 fois par jour).

En cas de douleur faible, paracétamol : 1 gr/6 hrs per os.

ÉTABLISSEMENT

TRAITEMENT ANTALGIQUE

BLOC INFRA-ORBITAIRE (BLOC SIMPLE) ¹

Branche terminale du nerf maxillaire supérieur (V₂) qui émerge du foramen infra-orbitaire. Il est accompagné du nerf dentaire antérieur qui innerve les incisives et les gencives des quatre premières dents supérieures.

- **Anesthésie** : joue, paupière inférieure, lèvre supérieure et arcade dentaire supérieure.
- **Technique** : le trou sous-orbitaire est localisé et palpé sous le rebord orbitaire et à 2 cm de l'aile du nez. Le point de ponction est situé à 0,5 cm sous le trou et à 1 cm de la partie haute de l'aile du nez. L'aiguille (25G) est orientée légèrement vers le haut et en dehors. Elle vient au contact du foramen sans le pénétrer. Volume injecté : 1 à 2 ml de lidocaïne (sans adrénaline). **Ce bloc peut être réalisé par voie endo-buccale** : l'anesthésie, dans la fosse canine, assure le blocage des nerfs dentaire et infra-orbitaire et donne ainsi une anesthésie complète de la lèvre supérieure et du bloc incisivo-canin. Un complément par un bloc nerveux au niveau de la région tubérositaire, ou par infiltration périostée permet d'étendre le geste aux prémolaires et molaires supérieures. Après avoir dégagé la lèvre supérieure de la main gauche, l'aiguille à ponction sous-cutanée est introduite dans la fosse canine, à l'aplomb de cette dent. La pointe de l'aiguille est orientée en direction du foramen infra-orbitaire repéré par l'index gauche. 2 à 3 ml de lidocaïne sont suffisants pour anesthésier la totalité du nerf infra-orbitaire. Ce bloc est de réalisation facile et le pourcentage d'échecs est négligeable. Une infiltration sous-cutanée peut compléter une anesthésie insuffisante.
- **Principaux risques** : hématome par plaie de l'artère infra-orbitaire ; dyesthésies dues à la pénétration de l'aiguille dans le canal ; troubles visuels, œdème palpébral.

BLOC MENTONNIER (BLOC SIMPLE) ¹

Branche du nerf maxillaire inférieur (V₃).

- **Anesthésie** : lèvre inférieure et menton.
- **Technique** : le bloc mentonnier est réalisé par voie buccale ou transcutanée au niveau du foramen mentonnier (sans pénétrer dans le canal), à l'apex de la première molaire. **Voie transcutanée** : Le point de ponction est situé à environ 0,5 cm en arrière et au dessus du trou mentonnier. L'aiguille est introduite perpendiculairement puis dirigée en dedans, en bas et en avant jusqu'au contact osseux. **Voie endo-buccale** : ponction à l'apex de la première prémolaire, en dirigeant la pointe de l'aiguille vers le foramen. Volume injecté : 2 à 3 ml de lidocaïne non adrénalinée.
- **Principaux risques** : une lésion neuronale par injection canalaire peut entraîner des paresthésies.

TRAITEMENT ANTALGIQUE

ALR DENTAIRE - ANESTHÉSIE DE L'ARCADE DENTAIRE INFÉRIEURE (NERF MANDIBULAIRE)

Il existe deux techniques pour l'anesthésie de l'arcade dentaire inférieure : le bloc du nerf mandibulaire et le bloc du nerf alvéolaire.

Le nerf mandibulaire, troisième branche du nerf trijumeau (V₃)^{3,4}.

- **Anesthésie** : partie inférieure de la face : os, muqueuse, dents, téguments et les deux tiers antérieurs de la langue.
- **Technique** : le bloc mandibulaire par voie trans-cutanée est réalisé au moyen d'une technique de neurostimulation avec une aiguille de 50 mm chez un patient en décubitus dorsal, la tête en position médiane. La stimulation de la branche mandibulaire déclenche un réflexe de fermeture de la mâchoire. L'aiguille est introduite perpendiculairement en avant du condyle, sous l'arcade zygomatique. La pointe de l'aiguille bute sur l'apophyse ptérygoïde à une distance d'environ 2 cm, puis elle est alors réorientée en haut et en arrière et introduite encore de 1 cm : elle est alors située sous le foramen ovale, où on injecte 5 ml de lidocaïne.
- **Principaux risques** : ce bloc n'offre pas de difficulté particulière, mais les variations anatomiques de la position du nerf et de l'artère maxillaire exposent à un taux d'échecs important (20%) et à un risque de ponction vasculaire. Le test d'aspiration permet d'en faire le diagnostic.

ALR DENTAIRE - ANESTHÉSIE DE L'ARCADE DENTAIRE INFÉRIEURE (NERF ALVÉOLAIRE INFÉRIEUR)

Le nerf alvéolaire inférieur est une branche du nerf mandibulaire qui pénètre au niveau de l'épine de Spix puis chemine dans le canal alvéolaire^{3,4}.

- **Indications** : il assure la sensibilité de la mandibule (os, muqueuse, dents et téguments). Ce bloc permet la réalisation d'une extraction de la troisième molaire en ambulatoire et une analgésie postopératoire prolongée.
- **Technique** : la technique dite « bouche ouverte » est réalisée par ponction au niveau de l'épine de Spix. L'aiguille longe la face interne de la branche montante de la mandibule et vient au contact de l'épine de Spix où le nerf pénètre dans le canal dentaire. 2 à 3 ml de lidocaïne sont alors injectés. Cette technique ne nécessite pas de neurostimulation et elle est plus efficace que le bloc mandibulaire.
- **Principaux risques** : la chirurgie sur la dentition inférieure est exposée à un risque élevé de neuropathie du trijumeau à type de paresthésies linguales ou anesthésie gingivale persistante par lésion des nerfs alvéolaire inférieur et lingual. L'ALR n'augmente pas le risque de neuropathie puisque celui-ci est 5 fois supérieur sous anesthésie générale. Une injection en arrière de la branche montante, ou la diffusion du produit anesthésique dans la loge parotidienne peuvent entraîner une paralysie faciale.

TRAITEMENT ANTALGIQUE

MÉDICAMENTS ^{1,2}

La **lidocaïne** à 1% est l'anesthésique local de choix pour un bloc réalisé en urgence. L'**adrénaline** est très largement utilisée car elle diminue le saignement peropératoire et prolonge la durée du bloc périphérique. La concentration recommandée est de 1/200 000 et le volume total injecté de solution ne doit pas dépasser 1 mL/kg. Certaines contre-indications sont à respecter, en particulier lors des injections au niveau des artères terminales (lésions ischémiques). L'aiguille recommandée est en général de taille 25G, voire 50G.

COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE ^{4,5}

Éviter la consommation de tabac dans les 24 heures puis réduire la consommation dans les jours suivant le geste chirurgical afin d'améliorer la cicatrisation lors des traumatismes endo-buccaux. Privilégier les aliments et les boissons glacées afin de réduire la douleur post-traumatique. Appliquer une vessie de glace permet de réduire la douleur et l'œdème.

